|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/45/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

**Zadanie 1: Łaty chirurgiczne poliestrowe podwójnie welurowane**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Łata do stosowania w angioplastyce do naprawiania uszkodzeń wewnątrzsercowych, rozmiar 15,2cm x 15,2 cm, grubość 1,5 mm **Ilość w komisie: 1 szt.** | **10** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ....................................................zł, słownie: ...................................................................................

**Cena zadania 1**, czyli wartość brutto ogółem: .................................. zł, słownie: .....................................................................

 ............... ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/45/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

**Zadanie 2: Urządzenia do zespoleń proksymalnych przy OPCABG**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Urządzenia do zespoleń proksymalnych przy OPCABG:- urządzenie eliminujące konieczność częściowego klemowania aorty w trakcie zabiegów OPCABG- umożliwia wykonanie proksymalnych zespoleń bez konieczności modyfikowania standardowych technik- umożliwia wykonanie trzech zespoleń z jednego wkłucia- w skład zestawu wchodzą: - urządzenie Enclose II - klucz do zamykania siłownika - igła do nakłuć (14g) - punch aortalny (do wyboru jeden z trzech rozmiarów: (3.5mm, 4.0mm, 4.5mm)**Ilość szt. w komisie:** 1 szt. z każdego rozmiaru | **10** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ....................................................zł, słownie: ...................................................................................

**Cena zadania 2**, czyli wartość brutto ogółem: .................................. zł, słownie: .....................................................................

 ............... ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/45/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

**Zadanie 3: Przewody tlenowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Przewód tlenowy odporny na zgniatanie, Salter-Style, z uniwersalnymi złączami, dł. 915 cm  | **100** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ....................................................zł, słownie: ...................................................................................

**Cena zadania 3**, czyli wartość brutto ogółem: .................................. zł, słownie: .....................................................................

 ............... ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/45/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

# **Zadanie 4: Zastawki do implantacji śród- i nadpierścieniowej - zgodnie z opisem w pkt. III SIWZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Asortyment | Ilość szt. | Cena jedn. netto | Wartośćnetto | Wartośćbrutto | VAT (%) | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Zastawka aortalna do implnatacji śród- i nadpierścieniowej**Ilość szt. w komisie: 1 szt. z każdego rozmiaru** | **20** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ....................................................zł, słownie: ...................................................................................

**Cena zadania 4**, czyli wartość brutto ogółem: .................................. zł, słownie: .....................................................................

 ............... ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/45/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

# **Zadanie 5: Plastry czujnika spływu**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT** **(%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Plasterek do czujnika spływu kompatybilne z pompą Stockert. Mocowanie za pomocą warstwy samoprzylepnej.  | **1000** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ....................................................zł, słownie: ...................................................................................

**Cena zadania 5**, czyli wartość brutto ogółem: .................................. zł, słownie: .....................................................................

 ............... ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/45/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

# **Zadanie 6: Urządzenie do zamykania uszka lewego przedsionka z zestawem wprowadzającym - zgodnie z opisem w pkt. III. SIWZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Urządzenie do zamykania uszka lewego przedsionka z zestawem wprowadzającym.**Ilość w komisie:10 szt.** | **200** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ....................................................zł, słownie: ...................................................................................

**Cena zadania 6**, czyli wartość brutto ogółem: .................................. zł, słownie: .....................................................................

 ............... ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/45/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

# **Zadanie 7: Kaniula do selektywnej perfuzji mózgu - zgodnie z opisem w pkt. III SIWZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Trzyportowa kaniula do selektywnej perfuzji mózgowej.**Ilość szt. w komisie: 2 szt.** | **50** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ....................................................zł, słownie: ...................................................................................

**Cena zadania 7**, czyli wartość brutto ogółem: .................................. zł, słownie: .....................................................................

 ............... ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/45/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

# **Zadanie 8: Kaniule żylne zbrojone trzystopniowe proste owalne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | **Kaniula żylna zbrojona trzystopniowa prosta owalna 28-29 Fr*** bez łącznika
* zbrojenie uniemożliwiające zamknięcie światła kaniuli w trakcie krążenia pozaustrojowego
 | **50** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ....................................................zł, słownie: ...................................................................................

**Cena zadania 8**, czyli wartość brutto ogółem: .................................. zł, słownie: .....................................................................

 ............... ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/45/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

# **Zadanie 9: Plastikowe pojemniki na zużyte oxygenatory**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT** **(%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Plastikowy jednorazowy, hermetycznie zamykany, bezpieczny pojemnik przeznaczony do transportu i utylizacji zużytego oksygenatora i całego zestawu drenów. (odpowiednio duży). | **600** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ....................................................zł, słownie: ...................................................................................

**Cena zadania 9**, czyli wartość brutto ogółem: .................................. zł, słownie: .....................................................................

 ............... ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/45/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

**Zadanie 10: Zestawy do zamykania nieprawidłowej komunikacji wewnątrzsercowej zbudowanej z siatki nitynolowej zawierającej implant (okluder), mechanizm wprowadzający, koszulkę przezprzegrodową - zgodnie z opisem w pkt. III SIWZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Implant do zamykania PFO**Ilość w komisie: 5 szt.**  | **50** |  |  |  |  |  |
| **2** | Implant do zamykania ASD **Ilość w komisie: 5 szt.**  | **50** |  |  |  |  |  |
| **3** | Implant do zamykania mnogich ASD **Ilość w komisie: 5 szt**.  | **30** |  |  |  |  |  |
| **4** | Implant do zamykania mięśniowego VSD **Ilość w komisie:5 szt.**  | **10** |  |  |  |  |  |
| **5** | Implant do zamykania błoniastego VSD w tym okludery symetryczne, asymetryczne, ekscentryczne. **Ilość w komisie: 2 szt.** | **5** |  |  |  |  |  |
| **6** | Implant do zamykania PDA. **Ilość w komisie: 2 szt.**  | **5** |  |  |  |  |  |
| **7** | Balony do pomiaru wielkości ubytku - dostępne balony do pomiaru wielkości ubytku o rozmiarach minimum 18 i 28mm**Ilość w komisie: 10 szt**. rozmiary po uzgodnieniu z Zamawiającym | **100** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ....................................................zł, słownie: ...................................................................................

**Cena zadania 10**, czyli wartość brutto ogółem: .................................. zł, słownie: .....................................................................

 ............... ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/45/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu.

Nazwa Wykonawcy: .....................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy:........................................................................................................................................................................................

**Zadanie 11: Zestawy do przeskórnego zamykania nieprawidłowych komunikacji międzyprzedsionkowej wraz z systemem doprowadzającym – zgodnie z opisem umieszczonym w pkt. III SIWZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Asortyment \*** | **Ilość****Szt.** | **Cena****jedn.****netto** | **Wartość****netto** | **Wartość brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1.** |  Okluder do zamykania nieprawidłowej komunikacji międzyprzedsionkowej typu ASD i PFO wraz z systemem doprowadzającym**Ilość szt. w komisie: 2 –** rozmiary po uzgodnieniu z Zamawiającym | **100** |  |  |  |  |  |
| **2.** | Cewniki balonowe do pomiaru wielkości ubytku**Ilość szt. w komisie: 2 –** rozmiary po uzgodnieniu z Zamawiającym | **150** |  |  |  |  |  |

**\* Wszystkie pozycje asortymentowe muszą pochodzić od tego samego producenta.**

Wartość netto ogółem: ....................................................zł, słownie: ...................................................................................

**Cena zadania 11**, czyli wartość brutto ogółem: .................................. zł, słownie: .....................................................................

 ............... ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/45/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu.

Nazwa Wykonawcy: .....................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy:........................................................................................................................................................................................

**Zadanie 12: Cewniki IVUS – zgodnie z opisem umieszczonym w pkt. III SIWZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Asortyment**  | **Ilość****Szt.** | **Cena****jedn.****netto** | **Wartość****netto** | **Wartość brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1.** |  -wewnątrznaczyniowa głowica ultradźwiękowa (IVUS) o rozdzielczości 20 MHz, w postaci cewnika o długości roboczej 150 cm, - możliwe wprowadzenie do światła naczynia z użyciem cewnika o średnicy min. 5F (średnica wewnętrzna 0,56 cala) oraz prowadnika o max. średnicy 0,014 cala,**Ilość szt. w komisie:**- 150 cm końcówka długa szt.1 | **60** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ....................................................zł, słownie: ...................................................................................

**Cena zadania 12**, czyli wartość brutto ogółem: .................................. zł, słownie: .....................................................................

 ............... ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy